



SIENO
SISTEMA DE INFORMACION DE
ENFERMEDADES DE NOTIFICACION
OBLIGATORIA

FICHA DE INVESTIGACIÓN
SÍNDROME DE RUBÉOLA
CONGÉNITA

ENFERMEDAD: SÍNDROME DE RUBÉOLA CONGÉNITA (KA62.8)

DEFINICIÓN DE CASO:

Todo paciente en quien un trabajador de la salud sospeche Rubéola Congénita. Generalmente esto ocurre cuando un niño presenta una o más de las siguientes condiciones: cataratas, bajo peso al nacer, hepatoesplenomegalia, persistencia del conducto arterioso, o defecto de la audición: cuya madre tuvo una infección de Rubéola durante el embarazo, confirmada por laboratorio

1) Datos Institución	1.1 Número del caso	1.2 Fecha de conocimiento local	/ /	1.3 Fecha de Investigación	/ /	1.4 Fecha de elaboración de la ficha	/ /
	1.5 Fecha de notificación del establecimiento de salud	/ /	1.6 Fecha de notificación del municipio	/ /	1.7 Fecha de notificación de epidemiología regional	/ /	/ /
	1.8 Establecimiento	1.9 Parroquia		1.10 Municipio			
	1.11 Estado	1.12 Fuente del informe					

2) Datos del Usuario	2.1 Primer apellido	2.2 Segundo apellido	2.3 Primer nombre	2.4 Segundo nombre	
	2.9 Personal que atendió El parto				
	2.10 Lugar de nacimiento				
	2.11 C.I./ pasaporte	V <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/>	2.11 Nacionalidad	2.12 Fecha de nacimiento	/ /
	2.13 Edad	2.14 Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		

3) Datos de Residencia	Dirección de Habitación (residencia):	3.1 Entidad de residencia:	3.2 Municipio de residencia	3.3 Parroquia de residencia	3.4 Localidad de residencia
	3.5 Urb./sector/zona Industrial	3.6 Av./carrera/calle/esquina/vereda	3.7 Casa/edif./quinta/galpón	3.8 Piso/planta/local	
	3.9 Teléfono de habitación (fijo)	3.10 Teléfono celular (móvil)	3.11 Punto de referencia		
	3.12 Lugar donde el paciente enfermó	3.13 Nombre de la Madre		3.14 Nombre del Padre	

4) Datos Clínicos	4.1 N° Historia clínica	4.2 Ojos			Cataratas <input type="checkbox"/>	Glaucoma <input type="checkbox"/>	Retinopatía pigmentaria <input type="checkbox"/>		
	4.3 Corazón	Persistencia del conducto arterioso <input type="checkbox"/>	Estenosis de la arteria pulmonar <input type="checkbox"/>	Otros defectos del corazón <input type="checkbox"/>	4.4 Oídos				
	4.5 General	Bajo peso al nacer <input type="checkbox"/>	Pequeño para la edad gestacional <input type="checkbox"/>	Microcefalia <input type="checkbox"/>	Meningoencefalitis <input type="checkbox"/>	Púrpura <input type="checkbox"/>	Hígado agrandado <input type="checkbox"/>	Bazo agrandado <input type="checkbox"/>	Radio opacidad de huesos largos <input type="checkbox"/>
	4.6 Fallecido	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	4.7 Fecha de fallecimiento	/ /					

5) Laboratorio	5.1 Tipo de prueba	5.2 Fecha de toma		5.3 Fecha de envío	5.4 Fecha de recepción		5.5 Fecha de resultados		5.6 Resultados	
		M1	M2		INH	Lab. regional	INH	Lab. regional	INH	Lab. regional
		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
		/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /

6) Clas. Final	6.1 Clasificación	Confirmado <input type="checkbox"/> Descartado <input type="checkbox"/>	6.2 Confirmado por	Laboratorio <input type="checkbox"/>	Diagnóstico Clínico <input type="checkbox"/>	Nexo epidemiológico <input type="checkbox"/>	6.3 Fecha	/ /
		6.4 Dx. de descarte					6.5 Fecha	/ /

7) Datos de la madre	7.1 Primer apellido	7.2 Segundo apellido	7.3 Primer nombre	7.4 Segundo nombre			
	7.5 Edad	7.6 N° de embarazos previos	7.7 Vacunada contra la Rubéola	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	7.8 N° de dosis	7.9 Fecha última dosis	/ /
	7.10 Durante el embarazo	Rubéola Confirmada <input type="checkbox"/>	Enfermedad similar a la Rubéola <input type="checkbox"/>	Expuesto a la Rubéola <input type="checkbox"/>	Viajes <input type="checkbox"/>		

8) Responsable	8.1 Nombre		8.2 Cargo				
	8.3 Teléfono domicilio	8.4 Teléfono trabajo	8.5 Email institucional				
	8.6 Email personal	8.7 Firma					

Instrucciones Generales:

- Toda la ficha debe ser llenada completamente y con letra legible (Preferiblemente en letra de molde).
- Debe aportar solo datos verdaderos.
- Todos los datos que representen fechas deben escribirse en el siguiente formato: DD/MM/AAAA

1. Datos Institución:

1. *Número de caso:* escriba el número de caso según el orden en que éstos se presentan.
2. *Fecha de conocimiento local:* escriba la fecha en la cual el nivel operativo detectó el caso (primer contacto).
3. *Fecha de investigación:* escriba la fecha en que se comenzó a realizar la investigación del caso.
4. *Fecha de elaboración de la ficha:* escriba la fecha en que se comenzó a llenar la ficha.
5. *Fecha de notificación del establecimiento de salud:* escriba la fecha en que el establecimiento de salud notificó el caso al nivel municipal.
6. *Fecha de notificación del municipio:* escriba la fecha en la que el municipio notificó al nivel regional.
7. *Fecha de notificación de epidemiología regional:* escriba la fecha en la que la región notificó al nivel central.
8. *Establecimiento:* escriba el nombre del establecimiento de salud que detectó o recibió el caso.
9. *Parroquia:* escriba el nombre de la parroquia en la que está ubicado el establecimiento.
10. *Municipio:* escriba el nombre del municipio en el que está ubicado el establecimiento.
11. *Estado:* escriba el nombre del estado en el que está ubicado el establecimiento.
12. *Fuente del informe:* marque en el cuadro correspondiente la fuente de donde se notifica el caso.

1. Datos del Paciente:

1. *Primer apellido:* escriba el primer apellido del paciente.
2. *Segundo apellido:* escriba el segundo apellido del paciente.
3. *Primer nombre:* escriba el primer nombre del paciente.
4. *Segundo nombre:* escriba el segundo nombre del paciente.
5. *CI/Pasaporte:* indique si el paciente es venezolano o extranjero. Luego escriba el número de cédula o pasaporte según sea el caso.
6. *Nacionalidad:* escriba la nacionalidad del paciente.
7. *Fecha de nacimiento:* escriba la fecha de nacimiento del paciente.
8. *Edad:* escriba la edad del paciente.
9. *Sexo:* indique el sexo del paciente.
10. *Etnia:* si el paciente es indígena escriba a que etnia pertenece.
11. *Nivel educativo:* marque en el cuadro correspondiente el nivel educativo del paciente (I=Inicial, P=Primaria, S=Secundaria, TM=Técnico medio, TSU/U=Técnico superior universitario/Universitario, EE=En estudio).
12. *Años aprobados:* si en el ítem anterior marco "EE= En estudio" entonces escriba el número de años aprobados.
13. *Situación conyugal:* marque en el cuadro correspondiente la *situación conyugal* según sea el caso (S=Soltero(a), C=Casado(a), D=Divorciado(a), V=Viudo(a), U=???, Se=???)
14. *Profesión:* escriba la profesión del paciente
15. *Ocupación:* escriba la ocupación del paciente.
16. *Latitud:* escriba la latitud de la ubicación geográfica del establecimiento donde se capta el caso.
17. *Longitud:* escriba la longitud de la ubicación geográfica del establecimiento donde se capta el caso.

1. Datos de Residencia:

1. *Entidad de residencia:* escriba el estado donde se ubica la residencia del paciente.
2. *Municipio de residencia:* escriba el municipio donde se ubica la residencia del paciente.
3. *Parroquia de residencia:* escriba la parroquia donde se ubica la residencia del paciente.
4. *Localidad de residencia:* escriba la localidad donde se ubica la residencia del paciente.
5. *Urb/Sector/Zona industrial:* escriba el nombre de la urbanización, sector o zona industrial donde se ubica la residencia del paciente.
6. *Av/Carrera/Calle/Esquina/Vereda:* escriba el nombre de la avenida, carretera, calle, esquina o vereda donde se ubica la residencia del paciente.
7. *Casa/Edif./Quinta/Galpón:* escriba el nombre o número de la casa, edificio, quinta o galpón donde se ubica la residencia del paciente.
8. *Piso/Planta/Local:* escriba el número del piso, planta o local donde se ubica la residencia del paciente.
9. *Teléfono de habitación:* escriba el número telefónico de la residencia del paciente.
10. *Teléfono celular:* escriba el número telefónico celular del paciente.
11. *Punto de referencia:* escriba un punto de referencia que facilite ubicar la residencia del paciente.
12. *Lugar donde el paciente enfermó:* escriba el lugar donde se sospecha que el paciente enfermó.
13. *Nombre de la madre:* escriba el nombre de la madre (primer nombre y primer apellido).
14. *Nombre del padre:* escriba el nombre de la madre (primer nombre y primer apellido).

1. Cuadro Clínico:

1. *Nº Historia clínica:* indique el número de historia del paciente.
2. *Ojos:* marque en el cuadro correspondiente si el paciente presenta algunas de las patologías.
3. *Corazón:* marque en el cuadro correspondiente si el paciente presenta algunas de las patologías.
4. *Oídos:* marque en el cuadro correspondiente si el paciente presenta algún problema de audición.
5. *General:* marque en el cuadro correspondiente si el paciente presenta algunas de las características.
6. *Fallecido:* marque en el cuadro correspondiente si el paciente ha fallecido o no.
7. *Fecha de fallecimiento:* escriba la fecha de fallecimiento del paciente.

5. Laboratorio:

1. *Tipo de muestra:* indique el tipo de muestra tomada.
2. *Fecha de toma:* escriba la fecha en la que se toma la muestra.
3. *Fecha de envío:* escriba la fecha en la que la muestra es enviada al laboratorio correspondiente.
4. *Fecha de recepción:* escriba la fecha en que fue recibida la muestra en el laboratorio.
5. *Fecha de resultados:* escriba la fecha en la que el laboratorio emite los resultados de la muestra.
6. *Resultados:* indique los resultados.

6. Clasificación Final:

1. *Clasificación:* marque en el cuadro correspondiente la clasificación final del caso.
2. *Confirmado por:* marque en el cuadro correspondiente como se confirma el caso.
3. *Fecha:* escriba la fecha en la que se confirma el caso.
4. *Dx de descarte:* escriba el diagnóstico por el que se descarta el caso.
5. *Fecha:* escriba la fecha en la que se descarta el caso.

7. Laboratorio:

1. *Primer apellido:* escriba el primer apellido de la madre.
2. *Segundo apellido:* escriba de segundo apellido de la madre.
3. *Primer nombre:* escriba el primer nombre de la madre.
4. *Segundo nombre:* escriba segundo apellido de la madre.
5. *Edad:* indique la edad de la madre.
6. *Nº de embarazos previos:* indique cuantos embarazos anteriores ha tenido la madre.
7. *Vacunada contra la rubeola:* marque en el cuadro correspondiente si la madre ha sido vacunada contra la rubeola.
8. *Nº de dosis:* indique el número de dosis recibidas.
9. *Fecha de última dosis:* escriba la fecha de la última dosis recibida.
10. *Durante el embarazo:* marque en el cuadro correspondiente lo ocurrido durante el embarazo.

5. Responsable:

1. *Nombre:* escriba el nombre de la persona responsable de la investigación.
2. *Cargo:* escriba el cargo de la persona responsable de la investigación.
3. *Teléfono domicilio:* indique el teléfono de domicilio del responsable de la investigación.
4. *Teléfono trabajo:* indique teléfono de institución donde labora el responsable de la investigación.
5. *Email institucional:* escriba el email institucional de la persona responsable de la investigación.
6. *Email personal:* escriba el email personal de la persona responsable de la investigación.
7. *Firma:* el responsable de la investigación debe colocar su firma.